



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO ESPECIALIDAD: ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR PROCEDIMIENTO: *Embolectomía*

1. ¿QUÉ ES?

Las arterias de las extremidades se pueden obstruir de manera brusca causando falta de circulación arterial (isquemia) de la parte más allá de la obstrucción (distal). La causa más frecuente es un coágulo procedente del corazón (émbolo). Para resolver la isquemia distal, sus secuelas permanentes o el riesgo de pérdida de extremidad o el órgano afecto esta patología requiere de una cirugía (embolectomía) generalmente urgente para desobstruir la arteria afectada.

2. ¿CÓMO SE REALIZA?

La embolectomía consiste en “abrir” la arteria, limpiarla por dentro y restaurar el flujo de la extremidad. Suele realizarse por una incisión inguinal (en las extremidades inferiores) o en el codo (en las superiores), aunque depende de la localización de la obstrucción arterial, de la extensión de la obstrucción o del órgano afecto.

La anestesia puede ser local, regional o general, dependiendo de cada caso. Los anestesistas le explicaran opciones, riesgos y complicaciones asociadas.

En ocasiones, las embolias pueden aparecer sobre arterias enfermas previamente. En esos casos pueden ser necesarios otros estudios o procedimientos asociados encaminados a conocer el estado arterial y la reparación de la arteria enferma que ha recibido el émbolo arterial. Dichos procedimientos pueden ser necesarios durante el mismo acto quirúrgico o bien de forma diferida, e incluye técnicas de cirugía abierta como endarterectomía, bypass, como endovascular: angioplastia y stent.

La embolectomía suele tratarse de una intervención local y bastante bien tolerada, que requiere de reposo relativo de la extremidad durante el postoperatorio inmediato.

3. ¿CUÁLES SON SUS RIESGOS?

Aunque esta técnica sea la adecuada y correcta su realización, pueden producirse complicaciones generales como en cualquier otra operación. Pueden ser inesperadas o relacionarse con su situación general (diabetes, obesidad, hipertensión, cardiopatía, etc.)

- Riesgos más frecuentes: Locales a nivel de la herida (hematomas, líquido acumulado (seromas), o infecciones).
- Riesgos menos frecuentes: Sangrados postquirúrgicos, trombosis de la zona intervenida que obliguen a reintervenciones.

4. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Comprendo que cuando se limpia la arteria vuelve a llegar sangre, pero también se me ha informado de que:

- En otros casos al restablecerse la circulación puede producirse una gran hinchazón de la extremidad (síndrome compartimental), necesitando otra operación para “descomprimir” la extremidad (fasciotomías) y evitar lesiones secundarias.
- Si tras la revascularización pasan muchas sustancias tóxicas a la sangre pueden aparecer cuadros metabólicos sistémicos por reperfusión.



**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO
ESPECIALIDAD: ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR
PROCEDIMIENTO:
*Embolectomía***

- Aunque con la intervención se consiga la desobstrucción de la arteria, pueden quedar lesiones irreversibles (neurológicas o gangrena) porque los tejidos hayan sufrido demasiado durante el tiempo que no recibieron sangre, y aunque la operación sea un éxito, es posible sea necesaria una amputación parcial o total de la extremidad en un segundo tiempo.
- En la mayoría de los casos la embolia se produce por un coágulo que ha salido del corazón, de modo que sólo es una manifestación de otra enfermedad, y puede repetirse en el mismo sitio o en otra arteria. Si afecta a las arterias que llevan la sangre a órganos importantes (cerebro, intestino, riñones, etc.), se pueden producir problemas graves e incluso ser mortales.

5. CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

En caso de su no realización existe riesgo de pérdida de la extremidad total o parcial, o bien de un órgano o víscera si la embolia ha obstruido su arteria, al igual que fallo multiorgánico y peligro vital para el paciente.

6. ALTERNATIVAS

Como alternativa a esta técnica se puede “limpiar” la arteria con un líquido que “disuelve” los coágulos con catéteres por dentro de la arteria (fibrinólisis) o también es posible tratamiento médico (anticoagulación) y esperar que la enfermedad no evolucione de forma desfavorable.

7. RIESGOS EN FUNCIÓN DEL PACIENTE

Cualquiera de las complicaciones generales (insuficiencia respiratoria, complicaciones cardiológicas, renales...) son más frecuentes si existen enfermedades sobreañadidas previas y en función de la edad del paciente.



DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO
ESPECIALIDAD: ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR
PROCEDIMIENTO:
Embolectomía

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

| | | | | | |
|-----------|--|----------|--------------------|-----|---------------------|
| APELLIDOS | | NOMBRE | | DNI | FECHA DE NACIMIENTO |
| Nº SIP | DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA) | | | | CP |
| LOCALIDAD | PROVINCIA | TELÉFONO | CORREO ELECTRÓNICO | | |

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

| | | | | |
|-----------|--------|-----|------------------|---------------|
| APELLIDOS | NOMBRE | DNI | FECHA NACIMIENTO | EN CALIDAD DE |
|-----------|--------|-----|------------------|---------------|

DATOS PROFESIONAL

| | | | |
|-----------|--------|-----------------------|------------------|
| APELLIDOS | NOMBRE | CATEGORÍA PROFESIONAL | NÚM. COLEGIACIÓN |
|-----------|--------|-----------------------|------------------|

DECLARO que:

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida, y adjunta por escrito en las páginas precedentes.
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento
- Por lo tanto:

c Autorizo la realización de este procedimiento

c No autorizo la realización de este procedimiento

En _____ a _____ de _____ de 20 _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

En _____ a _____ de _____ de 20 _____.

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifiesto que, por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

En _____ a _____ de _____ de 20 _____

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: _____

Firma: _____